



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach
ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice
www.zzozwadowice.pl, email: sekretariat@zzozwadowice.pl

Załącznik nr 2

Wykaz osób które będą uczestniczyły w wykonywaniu zamówienia

Przystępując do zapytania ofertowego pn „Usługa ostrzenia i regeneracji narzędzi chirurgicznych i medycznych dla ZZOZ w Wadowicach”

przedkładamy wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usługi, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywania przez nie czynności oraz informacji o podstawie do dysponowania tymi osobami.

L.p.	Imię i nazwisko	Zakres wykonywanych czynności	Wykształcenie	Doświadczenie	Uprawnienia	Podstawa do dysponowania
1.						
2.						
3.						

Zamawiający wymaga dołączenia do oferty kserokopii imiennych zaświadczeń / certyfikatów ukończonych szkoleń/kursów potwierdzających posiadaną wiedzę i umiejętności niezbędne do wykonywania usługi ostrzenia i/lub regeneracji narzędzi chirurgicznych.

..... ,
(miejsowość, data)

..... ,
(osoba uprawniona do reprezentowania Wykonawcy)